FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

Année 1887-1888 N° 85.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

NÉVRALGIE TESTICULAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Juillet 1888

PAR

Edouard-Sulpice CARMOUZE

Médecin de deuxième classe de la Marine.

Né à Argelès-de-Bigorre (Htes-Pyrénées), le 19 janvier 1859.

Examinateurs de la Thèse :

MM. De FLEURY, professeur, *Président.*
MORACHE, professeur. } *Juges.*
POUSSON, agrégé. }
FERRÉ, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie Nouvelle A. BELLIER & Cie

16 — RUE CABIROL — 16

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

Année 1887-18888 N° 85.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

NÉVRALGIE TESTICULAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Juillet 1888

PAR

Edouard-Sulpice CARMOUZE

Médecin de deuxième classe de la Marine.

Né à Argelès-de-Bigorre (Htes-Pyrénées), le 19 janvier 1859.

Examinateurs de la Thèse : MM. De FLEURY, professeur, *Président.*
POUSSON, agrégé.
FERRÉ, agrégé. } *Juges.*
MORACHE, professeur.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie Nouvelle A. BELLIER & Cie

16 — RUE CABIROL — 16

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES ..... Doyen. — M. DENUCÉ ..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ ..... }

	Messieurs.
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générales	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIÉCHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCÉ.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie	PLANTEAU et FERRÉ.
Histoire naturelle	NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique médicale des enf..	MM. NÉGRIÉ	Maladies vénériennes.....	MM. VENOT.
Clinique chirurgic. des enf.	PIÉCHAUD.	Maladies mentales.....	N...

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements ..... | Chimie ..... M. CARLES,

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur de FLEURY,
professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier de l'Instruction publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

NÉVRALGIE TESTICULAIRE

INTRODUCTION

Parmi les diverses et nombreuses formes de névralgies qui, dans ces derniers temps surtout, ont fait l'objet de recherches approfondies et de travaux consciencieux, il en est une dont l'étude nous semble avoir été quelque peu négligée : nous voulons parler de la névralgie testiculaire. Variable dans les causes qui la déterminent, parfois d'une intensité douloureuse telle qu'elle rend la vie odieuse à ceux qui en sont atteints, rebelle le plus souvent à tous les traitements employés, elle paraissait cependant réunir toutes les conditions souhaitées pour rendre une monographie intéressante.

Sans vouloir réaliser l'œuvre que d'autres, plus autorisés que nous, n'ont pas traitée, il nous a semblé bon d'ajouter aux rares

observations publiées jusqu'à ce jour, deux observations nouvelles, et de grouper dans un travail d'ensemble les divers documents pouvant faciliter l'étude de la question.

Qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre reconnaissance à M. le professeur de Fleury pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

Nous remercions également M. Rivals, chef de clinique médicale, et M. Bitot, interne, des renseignements qu'ils ont bien voulu nous communiquer pour la rédaction de cette thèse et qui nous ont été d'un si grand secours.

PREMIÈRE PARTIE

Anatomie du testicule et du cordon spermatique.

Avant d'entrer dans l'étude de la névralgie testiculaire, il nous paraît indispensable de jeter un coup d'œil rapide sur l'anatomie du testicule et du cordon spermatique chez l'adulte, principalement au point de vue des nerfs qu'ils renferment.

Nous croyons inutile de nous arrêter à la description des enveloppes de cet organe.

Rapelons simplement qu'elles sont minces et souples, qu'on les distingue vulgairement sous le nom de bourses, et qu'elles sont au nombre de six, en procédant de dehors en dedans :

Le scrotum ;

Le dartos ;

La tunique celluleuse ;

La tunique musculaire ou érythroïde ;

La tunique fibreuse ;

La tunique vaginale ;

Cette dernière est une membrane séreuse présentant deux feuillets : l'un pariétal, tapissant la face interne de la tunique fibreuse ; l'autre viscéral, recouvrant le testicule où il est réduit à un épithélium très mince et la face supérieure de l'épididyme, où cet épithélium est doublé d'une couche celluleuse.

Sauf anomalie, les testicules sont au nombre de deux. Situés à l'extrémité inférieure du tronc, au-dessous de la racine de la verge, et suspendus aux cordons spermatiques, ils flottent, le gauche tombant plus bas que le droit, à la partie la plus déclive et la plus large des bourses à laquelle ils donnent un aspect bilobé. Leur forme est ovoïde. Leur dimension moyenne mesure 4 centimètres 1/2 dans le plus grand axe, 3 centimètres dans le plus petit; ils pèsent 20 grammes environ. A l'état normal, d'une consistance qui a été comparée à celle du globe de l'œil ou d'un kyste séreux, ils acquièrent cependant au moment de l'orgasme vénérien une fermeté toute spéciale et un certain degré de dureté dû à la distension de la tunique fibreuse qui les enveloppe par la réplétion des canalicules séminifères. Cette tunique fibreuse, blanchâtre, a reçu le nom d'*albuginée*. Très mince (de 60 à 70 millièmes de millimètre), elle s'épaissit à la partie antérieure du bord supérieur pour former une saillie triangulaire, *corps d'Highmore* ou *médiastin de Cooper*, dont les faces latérales et le sommet se dirigent vers l'intérieur de l'organe, se divisant en un certain nombre de lobules.

La forme de ces lobules est allongée, leur base regarde la surface interne de l'albuginée; leur extrémité la plus grêle, le corps d'Highmore. Ils sont au nombre de 250 à 300, d'après les dernières recherches de M. Sappey, et indépendants les uns des autres à la partie moyenne des testicules. Entre leurs cloisons sont situés les *canaux séminifères* ou *canalicules spermatiques* (*vascularia seminaria* de de Graaf, *tubuli contorti*), qui constituent la pulpe de l'organe.

Chaque lobule, selon sa grandeur, contient de un à six canalicules. Ils partent de la surface du testicule en décrivant de nombreuses flexuosités et convergent les uns vers les autres vers le bord supérieur de la glande pour se jeter dans un canal unique rectiligne qui, par son anastomose avec les canaux

droits des autres lobules, va former dans le corps d'Highmore, un plexus appelé réseau du corps d'Highmore *(rete vasculorum testis)*. A leur tour, ces canaux droits s'unissent les uns aux autres, et, au moment où ils abandonnent le bord supérieur du testicule pour pénétrer dans la tête de l'épididyme, ils ne sont plus qu'au nombre de douze environ. C'est à ces conduits, terminaison des canalicules spermatiques et origine de l'épididyme que l'on a donné le nom de *cônes efférents*.

L'*épididyme* représente la partie des conduits excréteurs intermédiaires au testicule et au *canal déférent*. C'est un petit corps allongé, couché à la manière d'un cimier de casque sur le bord supérieur du testicule dont il déborde légèrement la face externe. Il est constitué par un long tube replié sur lui-même et dont les circonvolutions sont adhérentes entre elles. Sa longueur est la même que celle du testicule. On lui considère une extrémité supérieure ou *tête (globus major)*, intimement unie au corps d'Highmore; *un corps*, dont la forme affecte celle d'un prisme triangulaire, et qui est libre dans toute son étendue, grâce à une disposition anatomique particulière de la séreuse qui l'enveloppe; une extrémité inférieure, ou *queue (globus minor)*, fortement adhérente à l'extrémité inférieure du testicule à laquelle elle est reliée par un tissu cellulaire dense. Ses dimensions sont égales, sinon supérieures, à celles du corps de l'épididyme; elle se continue avec le canal déférent qui se recourbe parallèlement à elle et va s'appliquer au côté postérieur des principaux vaisseaux du cordon. Mentionnons, pour mémoire, le *vas aberrans*, petit diverticule de l'épididyme, mesurant de 2 à 3 centimètres de longueur que l'on rencontre quelquefois vers la queue de cet organe et le *corps innominé* formé par un nombre variable de corpuscules blanchâtres entre le corps de l'épididyme et le canal déférent, et dont l'existence a été signalée par M. Giraldès.

Le testicule, avons-nous dit, est suspendu au *cordon spermatique*. La partie essentielle du cordon est constituée par : le canal déférent, des artères et des veines, des lymphatiques, et des nerfs, unis les uns aux autres par un tissu cellulaire lâche.

Ces différents organes sont enveloppés par plusieurs couches de tissus dépendantes des enveloppes du testicule, et qui sont, de dedans en dehors : la tunique fibreuse, la tunique musculaire, la tunique celluleuse.

La *tunique fibreuse* est la plus profonde. Résistante, quoique mince et transparente, elle se rétrécit pour envelopper le cordon et se dilate au niveau du testicule. Elle adhère par sa face interne aux organes du cordon par l'intermédiaire d'un tissu aréolaire lâche. A sa partie inférieure, elle s'insère au testicule en se confondant avec le feuillet pariétal de sa tunique vaginale. Par sa partie supérieure, elle pénètre dans le canal inguinal avec les éléments essentiels du cordon qu'elle accompagne jusqu'au *fascia transversalis* avec lequel elle se continue directement.

La *tunique musculaire* est constituée par un faisceau de fibres musculaires lisses dont l'épaisseur et la direction sont sujettes à de nombreuses variations et auquel Henle a donné le nom de *cremaster interne*. Elle se continue autour du testicule sous le nom de tunique érythroïde. A la partie supérieure, elle se perd dans le canal inguinal.

La *tunique celluleuse* est formée par un tissu lâche, filamenteux, essentiellement aréolaire, contenant quelquefois une faible proportion de tissu adipeux. Peu adhérente aux organes qu'elle entoure et qui, grâce à cette circonstance, jouissent ainsi d'une parfaite mobilité, elle se continue en bas avec la tunique celluleuse des bourses, et, en haut, avec l'aponévrose d'enveloppe du grand oblique.

Canal déférent. — Nous avons vu que le canal déférent

naïssait au niveau de la queue de l'épididyme, dont il était le prolongement. Flexueux à son origine, ses flexuosités diminuent à mesure qu'il redescend au-dessous de son point de départ pour disparaître complètement au point où il prend sa direction ascendante.

« Alors, accompagné des veines et des artères, il constitue le cordon, remonte jusqu'au niveau du canal inguinal, le traverse, puis, abandonnant les vaisseaux spermatiques, qui, passant au-devant de l'artère iliaque externe qu'ils croisent à angle très aigu, suivant le bord interne du psoas, il pénètre dans le tissu cellulaire sous péritonéal, plonge dans le bassin, et, rempant sur les parties latérale et inférieure de la vessie, vient s'unir au canal excréteur des vésicules séminales pour constituer les canaux éjaculateurs. »

Le canal déférent présente une consistance particulière. Il est facile, par le toucher, de le reconnaître à travers les téguments, grâce à sa dureté caractéristique, dureté qu'il doit à l'épaisseur de ses parois. Il est constitué en effet par trois tuniques : une, interne, formée par une membrane muqueuse à épithélium cylindrique ; une, moyenne, musculaire, constituée par trois couches de fibres lisses, celle du milieu très épaisse à fibres circulaires, les deux autres à fibres longitudinales ; enfin une, externe, fibreuse, analogue à celle qui enveloppe les artères. Aussi, bien que sa lumière soit très petite et mesure à peine 0,5 de millimètre, le diamètre total de l'organe est-il de 3 millimètres environ. Cette épaisseur donne au canal déférent une très grande résistance et on peut le considérer, non pas seulement comme le conduit excréteur du testicule, mais encore comme une sorte de ligament suspenseur.

Vaisseaux et lymphatiques du cordon et du testicule. — Le système artériel du cordon et du testicule est constitué par les artères *déférentielles* et *spermatiques*.

L'artère déférentielle naît de la vésicale inférieure ou de l'hémorrhoïdale moyenne. Elle est très petite, accolée au canal déférent auquel elle envoie des rameaux, elle s'épuise dans l'épididyme.

L'artère spermatique provient de l'aorte, située à la partie antérieure du cordon, un peu en avant du canal déférent ; elle se divise au niveau du testicule en deux branches : l'artère *épididymaire* pour l'épididyme, l'artère *testiculaire* pour le testicule. Elle pénètre dans cet organe par son bord supérieur et s'y ramifie, formant deux réseaux qui se portent, l'un à la surface interne de l'albuginée, l'autre aux cloisons celluleuses des lobules. Ces capillaires enlacent les canalicules et donnent naissance à des veinules qui sortent du testicule au niveau de la tête de l'épididyme, cheminent le long du bord interne de ce corps, s'anastomosent avec les veinules de la tunique albuginée et vont constituer dans le cordon un plexus important, volumineux, situé en avant du canal déférent.

En dehors de ce groupe principal, il existe dans le cordon un second plexus veineux plus petit et situé en arrière du canal déférent, auquel viennent s'adjoindre toutes les veines du corps et de la queue de l'épididyme.

Comme les veines, les lymphatiques naissent des canalicules séminifères entre lesquels ils cheminent, s'anastomosant avec ceux qui proviennent du réseau de l'épididyme, pour former des troncs qui entourent l'artère et les veines spermatiques et vont se terminer dans les ganglions lombaires.

Nerfs. — Les nerfs du cordon et du testicule proviennent du grand sympathique. Ils forment deux plexus: le *plexus spermatique* et le *plexus déférentiel*.

Le plexus spermatique tire son origine principale du plexus rénal ; les plexus solaires et lombo-aortique y contribuent également. Il accompagne l'artère et les veines spermatiques,

traverse le canal inguinal, fournit de petites branches au cordon, innerve l'épididyme et pénètre dans le testicule par son bord supérieur. Les recherches récentes de M. Sappey ont permis de suivre ses terminaisons sur les parois des conduits séminifères.

Le plexus déférentiel vient des parties les plus inférieures du plexus hypogastrique. Il passe en arrière de l'urétère, innerve les vésicules séminales et s'accole au canal déférent dont il embrasse la surface de ses anastomoses multipliées. A ce niveau il s'unit au plexus spermatique, gagne le testicule et va se terminer sur l'épididyme où il s'épanouit.

Ces quelques données anatomiques nous permettront de nous rendre plus facilement compte des causes diverses (gêne circulatoire, compression nerveuse, etc.) auxquelles on a attribué quelquefois la névralgie testiculaire. Dans tous les cas elles sont indispensables pour expliquer les irradiations douloureuses que l'on constate dans cette affection et comprendre les divers moyens plus ou moins radicaux que l'on a proposés et mis en pratique pour en débarrasser les malades.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La névralgie testiculaire est une affection relativement rare. Peut-être est-ce à cette cause que l'on doit attribuer le peu d'attention qui lui a été accordée jusqu'à ce jour. En effet, inconnue des anciens, ou du moins complètement laissée dans l'ombre, on n'en voit aucun exemple dans les divers ouvrages antérieurs à 1783. C'est dans les œuvres posthumes de Cl. Pouteau, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, éditées à cette époque, que l'on en trouve la première observation, observation fort précise mais malheureusement un peu écourtée et dans laquelle l'auteur a moins envisagé la forme clinique que le traitement,

Quelques années plus tard, au commencement de ce siècle, Chaussier en observait deux cas, et, les signalant à l'attention du monde scientifique, il en faisait, sous le nom de *névralgie iléo-scrotale*, une entité morbide nouvelle.

Après lui, Barras (1813) en publiait sous le nom de *névralgie*,

spermatique, une observation très nette et très intéressante, et Astley Cooper (1837), dans ses œuvres chirurgicales traduites par Chassaignac et Richelot, consacrait quelques pages à l'histoire et au traitement du testicule douloureux *(irritable testis)* et en rapportait trois autres cas.

Mais c'est en 1841 seulement que, dans sa thèse inaugurale, Sarrau donna la première monographie complète de cette affection. Il en décrivit la symptomatologie et, se basant sur quelques observations, essaya d'en déterminer le traitement.

Peu après, en 1857, Curling, dans son *Traité des maladies du testicule, du cordon spermatique et du scrotum*, retraçait en quelques pages, ce qui avait été écrit déjà sur la névralgie du testicule et l'irritable testis, et essayait d'en faire deux affections nerveuses bien distinctes : la première, la plus rare, étant une véritable affection névralgique des nerfs spermatiques ; l'autre, consistant en une simple exaltation de la sensibilité naturelle du testicule. Après avoir relaté un cas de testicule douloureux, Curling cite des observations diverses de Graves, sir B. Brodie, Macculoch, Russell, Harvey Ludlow, en s'étendant surtout, comme tous ses devanciers, sur la question du traitement.

Un peu plus tard, Vidal (de Cassis), dans son *Traité de pathologie externe*, signalait en passant, les affections douloureuses du testicule. Vers la même époque, Gosselin en publiait six autres observations qui lui servaient à fixer la nature de la névralgie, à la définir et à démoutrer que la division adoptée par Curling, en testicule douloureux d'une part et névralgie testiculaire d'autre part, n'était pas fondée. Enfin Laboulbène et Mauriac, le premier dans sa thèse d'agrégation sur les névralgies viscérales (1860), et l'autre dans une étude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orchi-épididymite blennorrhagique (1870), donnaient le dernier mot de la question et venaient clôre les travaux qui traitaient de cette matière.

En 1886, dans une communication faite à la Société de Chirurgie de Paris (séance du 15 novembre), Terrillon émettait l'opinion qu'en dehors des névralgies testiculaires dues à une cause apparente (traumatisme, varicocèle, ectopie, etc.), il en était d'autres relevant entièrement de l'hystérie, car on ne pouvait leur découvrir aucune autre origine. Lucas Championnière et Bouilly, répondant aux idées nouvelles de Terrillon, soutinrent qu'on ne devait pas considérer ces névralgies comme de véritables névralgies testiculaires, mais bien comme une des variétés de ces douleurs fréquentes chez les sujets hystériques et qui aurait choisi comme lieu d'élection momentané, le testicule. Cette distinction nous paraît subtile ; nous aurons occasion de revenir à ce sujet en traitant l'étiologie.

Dans ces derniers temps la question nous paraît avoir été complètement délaissée et nous n'avons pu en trouver de nouveaux cas dans les divers ouvrages que nous avons consultés.

CHAPITRE II

Étiologie.

La névralgie testiculaire est, comme nous l'avons déjà dit, une affection peu fréquente. Rare chez le vieillard, c'est plus particulièrement dans l'enfance ou plutôt l'adolescence qu'on l'observe, à ce moment où l'appareil génital acquiert son développement physiologique, où l'homme devient adulte. Souvent

alors chez les sujets prédisposés surviennent dans les bourses, des sensations de picotement, de fourmillement, de pesanteur, qui, sans revêtir un type à proprement parler douloureux, constituent une gêne que remplacera bientôt une véritable douleur. Ce fait découle d'une partie des observations qui ont été publiées et dans lesquelles on a noté, longtemps avant l'apparition de la névralgie, l'existence de douleurs légères et à longues rémissions.

Cette prédisposition, pour ainsi dire originelle, nous amène à créer deux variétés de névralgie testiculaire, l'une primitive idiopathique; l'autre secondaire, symptomatique. Dans la première doivent se ranger, selon nous, toutes les observations de névralgie testiculaire ne reconnaissant pas de cause déterminée. Dans l'autre, toutes celles occasionnées par un agent mécanique quelconque.

A. Il n'est pas douteux que certains sujets ne soient, de par leurs antécédents héréditaires, leur constitution personnelle, prédisposés aux douleurs névralgiques. Chez eux, sans raison apparente, sans cause appréciable, on voit survenir des affections nerveuses, à type variant suivant les individus, à siège inconstant : tels sont les hystériques. C'est chez ces névropathes surtout que la névralgie testiculaire pourra être à bon droit considérée comme primitive.

L'hérédité, en effet, semble jouer un très grand rôle dans la cause de ces affections ; à l'époque où les premiers faits rapportés ont été observés, on n'attachait pas, comme de nos jours, une importance aussi grande aux antécédents héréditaires ; et cependant plusieurs faits auraient dû appeler l'attention des observateurs sur les cas qu'ils nous ont communiqués. C'est ainsi que nous voyons, dans une des observations citées, un des malades, chez lequel l'affection était survenue sans cause connue, avoir pour père un névropathe à tic douloureux ; dans une autre

le malade, dont le père était asthmatique, voyait l'accès névralgique céder quelquefois pour être remplacé par une crise d'étouffement. De même, une constitution faible, un tempérament lymphatique, une diathèse (goutte, rhumatisme, etc.), pourront être une cause de prédisposition naturelle.

Dans la même catégorie, nous pourrons faire rentrer également les névralgies auxquelles on attribue comme origine l'influence du froid, du froid humide surtout. Si nous nous reportons en effet à la thèse de Sarrau, nous voyons qu'il insiste principalement sur cette cause, disant que, s'il était possible de l'observer plus souvent en Angleterre qu'ailleurs, c'est au climat de ce pays qu'on le devait.

B. Les névralgies testiculaires secondaires ou symptomatiques peuvent reconnaître bien des causes. En premier lieu nous citerons les traumatismes directs qui déterminent soit une lésion du nerf lui-même, soit une lésion du testicule ou du cordon.

La gêne de la circulation dans les vaisseaux de l'organe, qu'elle soit due à un varicocèle ou à tout autre cause, pourra faire naître également dans cette région des douleurs violentes. Enfin nous citerons encore comme cause occasionnelle, des manœuvres dues au cathétérisme, des injections destinées au traitement de l'hydrocèle, etc., ou bien encore, les habitudes invétérées d'onanisme, les pertes séminales, certaines gonorrhées. Dans d'autres cas, une course fatigante, une marche prolongée, des excès de coït à la suite du mariage, pourront être considérées comme point de départ de l'affection.

En résumé donc, la névralgie testiculaire est idiopathique ou secondaire. Si nous avons insisté autant, comme nous l'avons fait, sur son caractère idiopathique, c'est que, sauf M. Terrillon, personne, jusqu'à ce jour, n'avait attaché d'importance à la prédisposition nerveuse naturelle de certains sujets. Pour les autres observateurs, les antécédents personnels du malade, ou

pour mieux dire, leur état hystérique ne jouant qu'un rôle extrêmement relatif, leur attention ne s'était portée que du côté des troubles purement fonctionnels. De là, dans bien des cas, l'insuccès des traitements employés, des déceptions cruelles, comme, par exemple, lorsque, après la castration d'un testicule, on voyait la douleur réapparaître dans l'autre. Cooper raconte même dans une de ses observations qu'il enleva les deux testicules à un de ses malades et ne trouva, après la dissection des organes et leur examen minutieux, aucune altération anatomique appréciable. Ce fait, qui s'est renouvelé d'ailleurs dans les mêmes conditions, était trop important pour que nous le passions sous silence.

Symptomatologie. — La névralgie testiculaire peut éclater brusquement, mais, en général, son début est insidieux; il est précédé d'une période prodromique dont la durée dans certains cas peut être de plusieurs années.

Tout d'abord, le malade ressent dans le testicule, une sensation de gêne, ou pour mieux dire de pesanteur. Il éprouve une sorte de malaise qui s'étend du testicule au cordon et s'irradie vers la région hypogastrique et quelquefois vers le périnée et l'anus.

Au bout d'un temps variable, à cette pesanteur vient s'ajouter une sorte de tiraillement, de fourmillement ou de picotement qui fatigue le malade et l'irrite. A la sensation de pesanteur dans la région périnéale succède quelquefois du ténesme anal. Ces phénomèmes douloureux ne sont point continus; pendant quelques jours ils reviennent par crises plus ou moins éloignées et, dans l'intervalle de ces crises, il ne subsiste que la pesanteur première, la sorte de gêne que nous avons décrite. Puis tout s'amende et disparaît; le malade se croit guéri de son affection, il a oublié quelquefois ses symptômes alarmants, lorsqu'il est rappelé brutalement à la réalité par de nouveaux

accidents cette fois plus graves et d'un caractère différent. Ce ne sont plus des picotements, ce sont des douleurs à type variable, tantôt lancinantes, tantôt fulgurantes ou térébrantes. Le malade éprouve dans le cordon des tiraillements, ou bien il lui semble qu'on traverse son testicule avec une lame d'acier. Ces douleurs se propagent vers la cuisse, l'abdomen, l'épigastre, l'épine iliaque antérieure et supérieure, le sacrum. Souvent elles s'accompagnent de ténesme vésical ou rectal. Généralement le scrotum est contracté ; le testicule se rétracte et vient se mettre en rapport avec l'anneau inguinal ; il devient le siège d'une vive sensibilité et le moindre attouchement porté sur cet organe ou sur une des parties vers lesquelles irradie la douleur détermine de l'exacerbation. Aussi l'attitude devient-elle caractéristique. La plupart du temps, le malade se place dans le décubitus dorsal, les cuisses à demi-fléchies sur le bassin et les jambes fléchies sur les cuisses, de manière à préserver en quelque sorte les organes douloureux et à mettre les muscles des membres inférieurs et du bassin dans le relâchement le plus complet. Les cuisses sont légèrement écartées l'une de l'autre pour ne pas comprimer le testicule durant l'accès. La fièvre fait complètement défaut, mais le corps se recouvre de sueurs froides, et il n'est pas rare que la crise s'accompagne de nausées ou de vomissements ; cet état dure quelques minutes, quelquefois, au dire de certains sujets, près d'un quart d'heure. Puis peu à peu tout s'amende, la douleur diminue, le malade perd son anxiété, mais le testicule conserve pendant plusieurs heures encore une sensibilité exagérée que le moindre contact ne fait qu'accroître. Aussi son examen impossible pendant l'attaque reste-t-il longtemps encore impraticable. L'exploration du cordon est plus facile, mais jusqu'ici elle n'a rien révélé de particulier.

La fin de l'accès est fréquemment suivie d'une émission

abondante d'urines, claires, limpides, et dont l'examen ne révèle rien d'anormal.

Ces grandes crises, comme toutes les crises névralgiques d'ailleurs, peuvent se répéter à intervalles plus ou moins éloignés. Dans ces intervalles, le malade peut, ou bien n'éprouver aucune douleur, ou bien ressentir une sensation de pesanteur dans toute la région du cordon. Mais il ne faut pas oublier que le moindre choc, le moindre attouchement un peu brusque, peuvent les réveiller; et c'est ce qui explique les grandes précautions prises par ceux qui en sont atteints. Non seulement pendant la marche ils soutiennent leurs testicules à l'aide d'un suspensoir assez ample pour ne pas les gêner, mais encore ils le conservent au lit. Ils se vêtissent de pantalons larges, pour éviter toute compression et marchent le tronc légèrement fléchi en avant ; leurs mouvements sont calculés. Aussi n'avons-nous pas été peu surpris de voir certains auteurs dire qu'ils se roulaient sur le sol au moment de leurs accès. N'était-ce pas plutôt une attaque convulsive de nature hystérique qu'ils observaient alors?

Cette grande crise que nous venons de décrire constitue le véritable accès de névralgie testiculaire; mais à côté de cette forme, il en est d'autres atténuées et qui ont donné lieu à des distinctions dans la maladie. Ainsi Curling considère le testicule douloureux (*irritable testis*) comme devant être séparé de la névralgie testiculaire caractérisée par des crises douloureuses, et il s'exprime ainsi à ce sujet : « On peut distinguer » deux espèces d'affections nerveuses du testicule : l'une, qui » est la plus commune, consiste dans une exaltation de la sensi- » bilité naturelle de cet organe; c'est à elle que s'applique plus » particulièrement la désignation de testicule douloureux » (*irritable testis*) employée par les auteurs. L'autre est une » véritable affection névralgique des nerfs spermatiques. »

Nous croyons cette division tout à fait inutile, et les faits qu'il nous a été donné d'observer même dans l'ouvrage de Curling, ne nous permettent pas d'admettre une différence entre les deux affections. *Il peut exister pour la névralgie testiculaire, ainsi qu'on le constate pour les autres maladies, des formes plus ou moins nettes, des types dans lesquels le degré d'intensité de la douleur peut être plus ou moins accentué. Mais elle est une en elle-même, quelles que soient les causes qui la produisent,* et ce fait ressort des observations diverses que nous avons pu recueillir.

CHAPITRE III

Observations cliniques.

Observation I (Résumée. — Citée par MM. Augagneur et Mollière).

Gardien de la paix ayant, dix-huit mois auparavant, reçu sur les bourses, à droite, un violent coup de pied. La douleur remonte jusque dans la fosse iliaque. Le testicule est sensible au toucher; il paraît sain. L'épididyme et le cordon sont bosselés; le cordon a subi une sorte d'allongement, les bourses de ce côté sont flasques, pendantes, le crémaster et le dartos semblent avoir perdu complètement leur tonicité.

Le moindre choc réveille de vives douleurs s'irradiant dans la fosse iliaque et jusqu'aux lombes. Les muscles de la paroi abdominale se contractent violemment. Ces paroxysmes arrivent quelquefois sans cause occasionnelle.

Observation II (Personnelle).

Joseph G..., quarante-deux ans, ancien officier de cavalerie, actuellement négociant, se plaint depuis trois ans d'une sensation sourde d'écrasement au niveau du testicule gauche.

Interrogé sur ses antécédents héréditaires, il nous apprend que ses parents ont toujours joui d'une excellente santé, qu'il n'y a jamais eu de rhumatisants dans sa famille. Il dit cependant que sa sœur est très nerveuse et que, dans une circonstance, elle a eu une crise convulsive,

Dans l'enfance, il a eu la rougeole et la coqueluche, mais l'adolescence s'est effectuée sans embarras. En somme, rien de particulier jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans, c'est-à-dire en 1871. A cette époque, notre malade qui faisait la campagne de Prusse, fut pris au milieu des rigueurs de l'hiver de douleurs rhumatismales qui obligèrent son transport dans un hôpital où il resta pendant près de deux mois.

Cettre crise évolua sans complication aucune du côté du cœur, des viscères et, en particulier, du système nerveux.

Après ce laps de temps, il retourna dans ses foyers où il prit un repos d'un mois; puis il fut versé dans un régiment de cavalerie en garnison à Paris.

Depuis lors, il a fait son service sans difficulté et jamais plus il ne s'est ressenti de ses douleurs rhumatismales.

En 1881, il eut un peu de gravelle dans ses urines et, sur les conseils de son médecin, il se dirigea sur Vichy où il fit une saison après laquelle ses urines devinrent absolument normales.

En 1885, après une longue promenade à cheval, G... éprouva dans le testicule du côté gauche une sensation de poids et en même temps de gêne indéfinissable qui ne le troublèrent pas outre mesure, la rapportant à la fatigue et à un pantalon qui le gênait pendant l'exercice du cheval. D'autre part, il supposait que le jour où cette douleur s'était montrée, son suspensoir ne remplissant pas bien son rôle, ses testicules n'avaient pas été aussi bien

préservés que d'habitude. Bref, son attention ne fut guère attirée davantage et les jours suivants il prit de bonnes précautions pour se mettre en garde contre les accidents en question. — Malgré cela l'état du testicule était le même.

Au bout de huit jours, G... demanda conseil au major de son régiment qui, après examen de l'organe, déclara qu'il ne trouvait rien d'anormal soit à l'extérieur, sur le scrotum, soit sur la glande et le long du cordon. Mais le toucher dût être pratiqué avec assez de délicatesse, car la pression suscitait une douleur assez vive, partant du testicule gauche et remontant le long du cordon spermatique correspondant.

Un traitement à l'iodure de potassium à l'intérieur et des bains sulfureux furent prescrits. En même temps, on faisait des frictions d'onguent napolitain belladoné sur le viscère douloureux. Malheureusement huit jours s'écoulèrent sans qu'il y eût d'amélioration. Aussi le régime fut-il changé, et on fit sur le testicule et plutôt sur le point du cordon en contiguité avec l'anneau inguinal une application de teinture d'iode en couche assez épaisse pour produire la vésication. D'autre part, à l'iodure de potassium on joigit le bromure. Malgré cela, pas de changement.

Voyant cet état douloureux persister, G... prit un congé de deux mois pendant lesquels il fut soigné comme auparavant, sans plus de succès.

Ne pouvant plus monter à cheval, il prit sa retraite et se retira dans son pays natal où nous avons eu l'occasion de le voir.

Avant d'aller plus loin, nous dirons qu'il n'y avait pas le moindre antécédent syphilitique ni tuberculeux pas plus que d'alcoolisme.

L'examen du malade que nous avons pratiqué au mois de novembre 1887 nous a révélé ce qui suit :

L'état général ne laisse rien à désirer, l'appétit est bon, la digestion se fait aisément, l'embonpoint est très convenable, et dans la position assise rien ne donne à penser qu'on se trouve en présence d'un individu qui souffre. Mais dans la position verticale et pendant la marche, il n'en est pas ainsi.

En effet, lorsque le malade progresse ou se tient simplement debout, le

tronc est porté en avant, le siège en arrière et les cuisses écartées l'une de l'autre, sont légèrement fléchies sur les jambes. Cette attitude particulière a pour but d'éviter le moindre contact des parties environnantes avec les testicules qui sont continuellement soutenus par un suspensoir doublé de ouate.

Interrogé sur la nature de sa douleur, notre homme dit qu'elle est constante et pongitive, mais qu'elle est augumentée quand le moindre choc est porté sur l'organe. « Il me semble alors qu'on m'enfonce une lame de » bistouri dans le testicule. » La douleur part du testicule gauche, remonte le long du cordon spermatique et va en diminuant depuis l'anneau inguinal jusqu'au milieu de la crête iliaque.

Jamais il n'a eu, en dehors des contacts provoquant l'acuité de la douleur, des crises névralgiques. La sensation pénible est toujours la même depuis le début.

L'examen de l'organe ne nous a révélé rien d'anormal, pas d'atrophie, pas d'épididymite ni de varicocèle.

Les fonctions génitales sont conservées; au point de vue thérapeutique, il n'y a pas eu d'agent capable d'amener uue grande amélioration. Le repos seul est susceptible d'amener du soulagement.

Observation III (Résumée. — Citée par Sarrau).

Auguste V..., vingt-quatre ans, artiste dramatique, entré à l'hôpital Saint-Louis le 12 février 1840.

Pas de maladies du bas-âge.

A neuf ans, picotement et pesanteur dans le testicule gauche revenant par intermittence et peu violents jusqu'à quinze ans.

A quinze ans, sans cause appréciable, douleur vive dans le testicule irradiant vers le bassin, l'abdomen et les reins.

Ces accès revenaient plusieurs fois dans l'année, et dans leur intervalle le malade éprouvait dans le testicule des picotements et de la gêne. Les urines émises pendant l'accès étaient claires.

La peau ne présentait ni chaleur ni sécheresse anormale.

Traitement. — Potions calmantes et bains tièdes suffirent à la guérison.

Observation IV (Communiquée par M. Bitot, interne des Hôpitaux).

S... M..., domestique, né à Bordeaux le 12 avril 1849, entré le 14 avril 1888, salle 16, lit 32. Service de M. le professeur Pitres.

Antécédents héréditaires. — Néant (enfant trouvé).

Antécédents personnels. — Rougeole et coqueluche à dix ans. Pas d'autre maladie dans le bas âge ou dans l'enfance.

Notre malade, élevé à la campagne, a toujours joui d'une bonne santé dans ses premières années. Il raconte cependant que la région lombaire de la colonne vertébrale a été constamment le siège d'une douleur térébrante, sans irradiation aucune, toutes les fois qu'il se courbait pour ramasser un objet sur le sol. Cette douleur était plutôt amoindrie qu'exaspérée par la pression. Dans la station bipède, pendant la marche ou assis, il ne la ressentait pas.

D'autre part, il prétend ne pas avoir été très fort de cette même région. C'est ainsi que pour travailler la terre il se voyait obligé de se serrer la ceinture avec des bandes de toutes sortes.

Enfin, il constata que, lorsqu'il soulevait un poids un peu lourd ou qu'il exercait un effort quelconque, son testicule droit était le siège d'une sensation de pesanteur qui durait le temps de l'effort seulement.

A seize ans, en sautant à cheval, au moment même où il allait se mettre en croupe, S... a eu son testicule droit pris entre sa cuisse corres-

pendante et le dos du cheval. Aussitôt il ressentit une douleur extrêmement vive dans cet organe, douleur sans irradiation et non accompagnée de faiblesse d'estomac, car la course put être effectuée, toutefois à une allure lente.

A dix-sept ans, pendant une promenade à pieds, notre malade éprouva subitement dans le testicule droit une douleur violente à type constrictif et irradiant dans le cordon du même côté jusqu'au niveau de l'anneau inguinal. Comme il se trouvait avec plusieurs camarades et ne voulait pas qu'ils s'en aperçussent, S... continua sa marche avec difficulté car il traînait le membre inférieur droit. Ce ne fut qu'après dix minutes de souffrance que le malaise se dissipa entièrement et que la marche devint facile.

A dater de cette époque et à plusieurs reprises, la face postérieure des bourses fut prise d'une crise de démangeaison, pendant laquelle la peau conservait sa coloration normale. Chaque crise durait en moyenne un quart d'heure et survenait spontanément à n'importe quel moment de la journée. Elle obligeait le malade à se retirer dans une pièce quelconque de la maison pour se livrer à des frictions locales. Puis la démangeaison disparaissait pour revenir dans un temps plus ou moins éloigné. Durant cette crise le malade éprouvait une sensation de chaleur. Le scrotum n'était, paraît-il, le siège d'aucune éruption.

A dix-huit ans, pendant un entretien amoureux avec une jeune fille de sa connaissance, notre homme eut une érection prolongée, pendant laquelle le testicule droit fut pris d'une douleur légère, qui disparut avec l'érection et l'entretien. Mais, tandis qu'il regagnait son domicile, il éprouva dans le testicule droit les mêmes phénomènes que ceux qui se produisirent à l'âge de dix-sept ans, avec cette différence qu'il fut obligé de s'étendre sur le sol pendant trois quarts d'heure environ. Après ce laps de temps la douleur s'apaisa et la marche put être reprise, non sans peine, car tout contact avec l'organe, objet de la douleur, était la cause de souffrances insupportables; aussi le malade se vit-il obligé de déboutonner son pantalon et de marcher en le maintenant avec les mains, de manière à ce que les testicules fussent aussi bien isolés que possible. Arrivé chez lui, il se mit au lit et s'endormit bientôt, ne souffrant presque plus. Le lever s'effectua le lendemain

sans aucune difficulté. Seule, la sensation de pesanteur régnait dans le testicule droit. Nous ferons remarquer que jamais les érections habituelles ne faisaient surgir cette douleur.

Quelques mois après apparut sur la bourse droite un petit kyste du volume d'un pois qui disparut et revint successivement. A vingt-deux ans, une troisième crise de douleur testiculaire se manifesta avec les caractères des précédentes et, de plus, avec une augmentation de volume du testicule qui est évaluée à celui d'une orange. La douleur survint, pendant le travail, persista toute la journée et ne diminua que le soir au coucher.

La nuit fut calme, la douleur ayant considérablement diminuée d'intensité.

Le lendemain S..., trouvant son testicule droit gros comme une orange, fit appeler un médecin qui constata, en dehors de l'augmentation de volume, un kyste du volume d'une grosse noix, situé sur la bourse droite, auquel furent attribués les phénomènes dont le testicule correspondant était le siège. Après un traitement palliatif on eut recours à la ponction qui amena l'issu d'un liquide jaune citrin et d'une matière riziforme.

Bien que la guérison ne fût pas complète, notre homme se leva et se mit à travailler en soutenant ses testicules à l'aide d'un suspensoir.

Pendant trois années consécutives l'état fut le même et la douleur testiculaire droite se manifesta avec des rémittences précédées ou suivies de crises violentes, avec retentissement très léger sur le testicule gauche dans lequel il ressentait de *très faibles* douleurs ne siégeant que dans l'organe lui-même, sans irradiation aucune.

En 1872, S..., ennuyé de sa maladie, entra à l'hôpital Saint-André, service de M. Mabit, où on employa tour à tour des pommades, des injections hypodermiques de morphine au niveau des testicules; enfin un traitement hydrargirique qui occasionna la chute rapide des cheveux. La sortie fut effectuée quinze jours après l'entrée sans aucune amélioration.

En 1873, nouvelle crise de douleur testiculaire droite, tellement intense qu'elle fut accompagnée de perte complète de connaissance pendant cinq minutes environ. Il n'y eut ni convulsions, ni miction involontaire, ni morsure de la langue. Le tout dura deux heures.

Le testicule gauche était, comme depuis 72, le siège de douleurs sourdes et à peine marquées.

A la même époque survinrent quelques troubles gastriques. Les digestions étaient longues, pénibles, et accompagnées de crampes d'estomac. En outre, constipation opiniâtre. Ces troubles persistèrent pendant trois mois.

Ayant eu l'occasion de voir M. Denucé, S... entra dans son service pour essayer de venir à bout de sa douleur testiculaire contre laquelle aucun traitement n'avait été efficace, nous l'avons vu.

On lui administra du bromure de potassium, du sulfate de quinine, on fit de la vésication localisée, des pointes de feu sur la bourse et le cordon droits, de l'hydrothérapie, etc...

L'amélioration fut nette, mais la douleur persistait encore, elle n'était qu'*amortie*.

En 1874, pendant l'été, un matin, au réveil, le malade sentit que ses jambes étaient extrêmement faibles, sans qu'elles fussent le siége de douleurs la veille ou dans le courant de la nuit. Aussi ne put-il pas marcher bien qu'il ne souffrît pas. Les mouvements étaient indolores et faciles. Dans la journée, les genoux devinrent le siège de douleurs peu vives.

Bientôt survint une immobilité presque absolue de leurs articulations et les jambes furent prises de crampes, qui, dans la suite, étaient particulièrement provoquées par la chaleur du lit.

Pas de douleurs en ceinture. Un médecin déclara que c'était un accès de rhumatisme pour lequel il prescrivit des bains sulfureux qui suscitèrent un rétablissement très prompt; aussi le malade reprit-il son travail.

En 1875, nouvel accès de douleurs articulaires pendant quinze jours. Pas de chutes des ongles, ni des poils, etc...

En 1879, impétigo (?).

En 1880, à la suite d'ingestion d'une dose très faible de rhubarbe, diarrhée pendant six jours avec quelques selles sanguines. De plus crise de rhumatisme articulaire pendant deux mois et demi.

S... rentre de nouveau dans le service de M. Denucé qui lui fait de nouveau des applications de pointes de feu. Puis il se rend à *Ax* (Ariège),

où il suit un traitement pendant vingt jours. Ce ne fut qu'au bout de trois semaines, après la fin de la saison, que notre malade accuse avoir éprouvé un peu de soulagement.

A dater de ce moment il put recommencer à travailler comme par le passé.

En 1883, chancre mou, puis jaunisse.

En 1886, tandis qu'il descendait des bagages assez lourds, notre homme fut pris d'une douleur sourde, non lancinante irradiant vers les cordons spermatiques et se prolongeant dans les *deux testicules*, surtout dans le droit. La marche devint dès lors si pénible que S... fut obligé de cesser tout travail. D'ailleurs, au commencement de 1887, il eut une crise de rhumatisme articulaire qui porta sur les membres inférieurs, les poignets et l'annulaire de la main gauche. C'est alors qu'il se dirigea sur Dax où il fit une saison à la suite de laquelle ses articulations jouèrent mieux, ses testicules étant toujours douloureux.

État actuel le 15 avril 1888. — S... est d'un embonpoint plus qu'ordinaire. *Tous ses appareils* fonctionnent convenablement et leur examen ne dénote rien de particulier.

Les organes des sens sont normaux. Cependant l'ouïe est affaiblie légèrement, mais depuis de longues années, paraît-il.

A la fin de l'année 1887, il rentre à l'hôpital Saint-André, salle 18, service de M. le professeur Demons, qui constate du varicocèle double et une sensibilité extrêmement prononcée des testicules, si bien qu'une opération est proposée au malade qui l'accepte.

Opération le 11 janvier 1888. — *A gauche.* — Ligatures du cordon, sauf du canal déférent, et section entre les deux ligatures.

A droite. — Ligatures du cordon, à l'exception du canal déférent et résection de la partie du cordon comprise entre les deux ligatures, sur une longueur de 1 centimètre et demi.

A la suite de cette opération, notre malade n'a pas été soulagé et prétend même avoir souffert davantage qu'auparavant. C'est pour cela qu'il rentra dans le service de M. le professeur Pitres, le 4 avril 1888.

S... attire particulièrement notre attention sur ses testicules dont il

souffre depuis plusieurs années, le droit ayant commencé à être douloureux en 1860 et le gauche en 1880 seulement.

Les douleurs qu'il y éprouve partent de la région lombaire, irradient vers les cordons spermatiques et arrivent jusqu'à la partie les plus inférieures des deux testicules.

Elles sont *profondes*, c'est-à-dire viscérales, *constantes* et *à type constrictif*. Parfois elles ont des *exacerbations* et sont *augmentées par le moindre contact* que ce soit celui des draps du lit ou des vêtements, ou bien celui qu'il peut y exercer lui-même. Aussi a-t-il la précaution de les soutenir à l'aide d'un suspensoir.

L'examen de ces organes ne décèle aucune atrophie. Toutefois il est difficile de se rendre un compte exact de leur état, tant ils sont douloureux.

Les *deux cordons* sont normaux. Leur pression entre les doigts demande à être assez forte pour provoquer une douleur qui est d'ailleurs d'autant plus prononcée que la compression s'exerce sur un point plus voisin du testicule. Dans le canal inguinal, leur compression n'est pas douloureuse. De même qu'elle ne réveille aucune sensation pénible si on percute fortement la région lombaire, la crête iliaque et les points qui sont indiqués par le malade comme étant ceux suivis par sa douleur.

La *peau* ne contribue pas à cette douleur; piquée ou pincée elle répond très bien à ces excitations que le malade localise parfaitement. Pas de troubles trophiques.

La *verge* n'est pas douloureuse; on peut la presser impunément. Sa sensibilité à la piqûre n'a pas subie de transformation.

Les *érections* sont moins nombreuses qu'autrefois, mais normales.

Les *pollutions* sont très rares, mais existent et s'effectuent sans que le malade en soit incommodé. Il prétend que le coït n'a jamais été douloureux, qu'au contraire il était suivi d'un amendement, peu prolongé il est vrai, des douleurs testiculaires.

La *mixtion* s'effectue sans difficulté. Pas de troubles du côté de la vessie.

Pendant la *défécation*, les testicules sont plus douloureux qu'à l'ordinaire.

La marche s'est ressentie de ces douleurs. C'est ainsi que, malgré le

suspensoir qui protège les testicules, notre homme progresse en se balançant de droite et de gauche, le torse légèrement penché en avant de manière à éviter le contact des bourses et de leur contenu avec les vêtements.

Il existe un point particulièrement douloureux sur la tête des péronés, surtout à gauche.

D'autre part, les genoux et les jambes sont légèrement douloureux depuis les deux derniers accès de rhumatisme. Si on les percute assez fortement, on suscite quelques douleurs.

Dans tous les cas, les mouvements imprimés ne dénotent aucun craquement articulaire.

La *motricité*, en dehors des particularités mentionnées, s'effectue bien.

La *sensibilité* est normale sur toute la surface de la peau.

Réflexes.

1° Réflexes pupillaires { à la lumière..... / à l'accommodation.. } normaux.

2° Réflexe plantaire : normal des deux côtés.

4° Réflexe rotulien : normal à droite et à gauche.

5° Réflexe testiculaire : nul des deux côtés.

6° Réflexe abdominal : normal des deux côtés.

Pas de trépidations épileptoïdes ni rotuliennes.

TRAITEMENT

a) Salicylate de soude : 4 grammes par vingt-quatre heures pendant huit jours.

b) Hydrate de chloral : 2 grammes par vingt-quatre heures pendant huit jours.

c) Antipyrine : 3 grammes par vingt-quatre heures pendant quinze jours.

d) Glaces sur les testicules : pendant huit jours.

e) Pulvérisations d'éther sulfurique sur les testicules : pendant quatre jours, une fois par ving-quatre heures.

f) Trois applications de l'*aimant* sur les testicules : chaque séance ayant duré une heure.

g) Applications successives des métaux suivants pendant une heure chaque fois. *Or, Argent, Cuivre, Fer, Plomb, Etain.*

h) Pointes de feu sur le trajet du génito-crural.

Ces divers traitements n'ont amené aucune amélioration.

Observation V (Résumée. — Citée par M. Terrillon).

Homme marié, deux enfants. Age, vingt-huit ans; marche très difficilement, les jambes écartées, à cause de douleur testiculaire.

Etant jeune, il était très nerveux.

Il y a trois ans, il fait un effort pour franchir une clôture; il ressent tout à coup une douleur violente dans le testicule gauche; cette douleur se propage à l'aine, aux lombes, aux reins; elle est si violente qu'elle provoque des vomissements d'abord, puis une perte de connaissance qui dure quelque temps. Il persiste une douleur pendant quelque jours, pas de phénomènes d'inflammation. Depuis lors, le moindre froissement, la moindre pression réveille les mêmes accidents. Au moment où nous le voyons, le testicule est légèrement tendu; la pression détermine une véritable attaque. L'état nerveux se caractérise par : anesthésie du pharynx, odorat et goût diminués, anesthésie de l'avant-bras, etc. C'est donc une névralgie chez un hystérique.

Aucun des traitements habituels de la névralgie du testicule, antérieurement subis, ne l'ont soulagé : le repos, suspensoir et douches amènent une grande amélioration.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Bien que la névralgie testiculaire présente des caractères tout particuliers et qui permettent de la diagnostiquer sûrement après un examen attentif du malade, il est cependant certaines affections qui offrent avec elle certains points d'analogie et que nous devons mentionner. Ce sont : la colique néphrétique et certaines névralgies lombaires et sacrées, entr'autres la névralgie iléo-scrotale et celle du honteux interne.

A. Dans certains cas, sauf ceux de colique néphrétique franche et d'expulsion de calculs par les urines, le diagnostic de la lithiase urinaire peut offrir quelques difficultés. En effet la propagation de la douleur est identique parfois à celle de la névralgie testiculaire. Elle est violente, pongitive, s'irradie vers l'urèthre et le testicule qui est fortement rétracté et souvent douloureux. De plus, la colique néphrétique peut s'accompagner, si les accès sont graves, de nausées, de vomissements, et ces accès présentent des alternatives d'exacerbation et de rémission. Enfin elle est apyrétique. Mais l'examen attentif des urines lèvera tous les doutes. Dans la névralgie testiculaire, les urines émises après l'attaque sont limpides et ne contiennent rien d'anormal. Dans la colique néphrétique, elles sont en général troubles, chargées de mucosités, et leur examen décèle la présence de cristaux d'acide urique et de sels en abondance.

B. La branche iléo-scrotale émanée du plexus lombaire se

bifurque au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure en deux rameaux : l'un, abdominal, qui innerve le grand droit; l'autre, génital, qui, traversant le canal inguinal, vient fournir des filets à la peau du pubis et au scrotum. On comprendra donc qu'une névralgie de ce nerf pourra donner lieu à des manifestations douloureuses simulant celles de la névralgie testiculaire; mais dans la névralgie iléo-scrotale la douleur sera, pour ainsi dire, superficielle, l'hypéresthésie siégera sur les bourses, tandis que le testicule restera à peu près indolore à la pression. De plus, et c'est là le point principal, il n'y a pas rétraction de cet organe. Enfin, on trouvera presque toujours des points douloureux fixes, caractéristiques, principalement vers le milieu de la crête iliaque, vers la ligne blanche au-dessus de la symphise, au canal inguinal, au scrotum.

C. — Le honteux interne se détache du plexus sacré, gagne le périnée où il se divise pour fournir des rameaux aux divers muscles de cette région et à la verge à laquelle il fournit la branche dorsale qui va jusqu'à l'extrémité du pénis. La névralgie du honteux interne est facile à diagnostiquer en ce sens qu'elle ne s'accompagne jamais de douleur dans le testicule; c'est surtout une névralgie périnéale et pénienne.

Pronostic. — De même que toutes les affections névralgiques en général, la névralgie testiculaire n'est pas une maladie grave, en ce sens qu'elle ne compromet point la vie de ceux qui en sont atteints. Mais, si l'on considère les souffrances qu'elle occasionne, on comprendra combien ce pronostic est cependant sérieux. Les douleurs sont si vives qu'après avoir tenté sans succès les traitements les plus divers, les malades réclament avec insistance une opération aussi grave qu'inutile, le plus souvent, et peuvent demander alors à la mort la fin des maux que la médecine est impuissante à soulager.

Traitement. — Pour bien traiter une maladie, il est indispen-

sable de connaître sa cause, les lésions qu'elle comporte, le terrain sur lequel elle évolue, les symptômes qu'elle présente. On conçoit donc facilement quelles difficultés doit rencontrer le clinicien lorsqu'il se trouve en présence de certaines névralgies. Le plus souvent les deux premiers éléments font défaut. Tantôt la névralgie a débuté brusquement, sans raison apparente; tantôt elle s'est installée insidieusement, à la longue, s'accompagnant de jour en jour de phénomènes douloureux plus intenses, qu'un examen minutieux ne peut expliquer. Et, s'il est impossible de se rendre compte de sa cause, encore plus sera-t-il difficile de déterminer parfois le siège précis, la nature de la lésion nerveuse, surtout si l'on observe le malade au début de son affection. Aussi n'existe-t-il pas de traitement plus complexe, plus varié, que celui des névralgies en général et de la névralgie testiculaire en particulier.

Pour cette dernière tous les moyens ont été proposés, et, s'il est vrai que le luxe thérapeutique dans les maladies est un symptôme de l'impuissance de l'art, jamais pareil axiôme n'eut plus de raison d'être : chaleur, glace, électricité, hydrothérapie, révulsifs de toutes sortes, toniques, stimulants, sédatifs, résection du cordon et castration, il n'est pas de méthodes thérapeutiques ou chirurgicales auxquelles on n'ait eu recours, malheureusement sans succès bien des fois. Citer les divers modes de médication employés jusqu'à ce jour, et les réflexions dont les accompagent les cliniciens qui les ont appliqués, serait fort intéressant peut-être, mais nous entraînerait dans des digressions diffuses et inutiles. Nous aborderons donc sans préambule, les indications que nous semble comporter tout traitement et, nous basant sur ce que nous disions tout à l'heure, nous conseillerons de combattre la cause et de traiter la lésion si on peut les déterminer, d'amender l'état général s'il existe une diathèse, et d'agir enfin, selon les circonstances, contre le symptôme douleur.

1° *Indication causale.* — Reportons-nous un moment à l'étiologie. La névralgie testiculaire, lorsqu'elle n'est point idiopathique, reconnaît pour point de départ ou bien un traumatisme, ou bien une influence pathologique quelconque (varicocèle, blennorrhagie, onanisme invétéré, etc...).

Si, dans le premier cas (traumatisme), nous ne pouvons rien, il n'en est pas de même dans les autres. Une médication appropriée dirigée contre la cause déterminante, de quelque nature qu'elle soit, ne pourra que tendre à la sédation de la douleur qui en est la conséquence et souvent, en supprimant cette cause, arrivera-t-on à supprimer l'effet, ainsi qu'en témoignent certaines observations. On s'efforcera donc de rechercher sous la dépendance de quelle lésion organique ou de quelle affection pathologique, est placée la névralgie testiculaire. C'est la première de toutes les indications thérapeutiques.

Dès que la cause occasionnelle aura été établie, on tâchera de la combattre énergiquement. S'il y a congestion du cordon ou du testicule, on aura recours aux antiphlogistiques, aux bains, aux émissions sanguines, à l'aide de sangsues ou de ventouses scarifiées, aux révulsifs, aux purgatifs légers souvent répétés.

Si l'on se trouve en présence d'une irritation nerveuse occasionnée par une compression mécanique (varicocèle, par exemple), on s'adressera aux moyens chirurgicaux qui peuvent la faire disparaître. Enfin, si l'onanisme est en jeu, on se hâtera de le faire cesser.

Dans tous les cas, on n'oubliera pas que, du moment qu'il y a douleur, il peut y avoir irritation du nerf; qu'à cette irritation peut succéder, à la longue, une destruction plus ou moins complète de l'élément nerveux, et l'on ne négligera pas l'emploi des divers agents qui peuvent enrayer cette complication fâcheuse. De là l'indication d'une médication spéciale, commune d'ailleurs au traitement de toutes les névralgies : électricité

sous forme de courants faradiques ou mieux encore, de courants continus, métallothérapie, douches locales, application de pommades excitantes, de moxas, de cautères, de vésicatoires, de pointes de feu, sur les trajets douloureux.

2° *Indications générales : prophylaxie.* — Mais, si ces divers agents ont leur raison d'être lorsqu'on soupçonne la cause du mal et s'ils peuvent alors être suffisants pour amener la guérison, il n'en est pas de même lorsque cette cause est ignorée; ce qui est souvent le cas dans la névralgie testiculaire. La douleur ne provient pas alors d'une lésion véritable du nerf, de son irritation constatée ou du moins supposée avec raison : elle peut être seulement la conséquence de modifications apportées à l'excitabilité des filets nerveux ou à la réceptibilité des centres eux-mêmes, par une prédisposition naturelle. Il sera donc indispensable de soigner l'état général. Dans les névralgies testiculaires, d'origine hystérique, l'hydrothérapie complète faite régulièrement, les bromures, l'oxyde de zinc associé à la belladone et à la valériane pourront rendre de grands services. En cas d'insuccès, on devra rechercher si le malade est hypnotisable et demander à la suggestion une guérison que la thérapeutique est impuissante à provoquer.

Chez les anémiques, on utilisera de préférence les préparations ferrugineuses, l'arsenic, le quinquina; en un mot, les divers reconstituants. Chez les goutteux et les rhumatisants, les salicylates de soude, de bismuth, de lithine, les eaux minérales bicarbonatées, pourront amener des modifications heureuses. Enfin l'emploi des préparations mercurielles et surtout des iodures sera tout indiqué chez les syphilitiques.

En résumé, si le malade présente une diathèse quelconque, c'est contre cette diathèse qu'il faudra agir tout d'abord.

De plus, nous avons vu que certains auteurs avaient attribué au climat et à la température atmosphérique une certaine

influence sur la prophylaxie de la maladie. Bien que peu disposé en principe à admettre cette cause, nous ne verrions pas d'inconvénient à ce que le malade se déplaçât.

Le changement d'air, le séjour et le repos à la campagne, le calme intellectuel et moral peuvent déterminer, dans l'état général, une modification heureuse qui ne pourra que faciliter la guérison.

Mais à cela on joindra une alimentation régulière et fortifiante; on supprimera la marche et toutes les causes de fatigue corporelle qui peuvent amener une exacerbation de la douleur; on engagera surtout le malade à s'abstenir, dans la limite du posssible, de toute fonction sexuelle si le coït est susceptible de provoquer des crises.

3° *Indications symptomatiques.* — Enfin il ne faudra pas oublier surtout que la malade atteint de névralgie testiculaire, est sujet à des accès douloureux extrêmement violents. Ce qu'il demande avant tout, c'est un soulagement immédiat : il ne reculera devant aucun moyen, et, sans qu'on le lui demande, proposera au médecin l'ablation de son testicule.

Avant d'en venir à cette extrémité, sur l'opportunité de laquelle d'ailleurs nous aurons surtout à insister, il sera bon d'avoir recours à tous les moyens sédatifs que comporte le traitement de la douleur névralgique.

Avant tout, la *quinine* sous ses différentes formes, *bisulfate, chlorhydrate, bromhydrate, valérianate,* devra être employée. C'est un des agents qui agissent le mieux contre la névralgie. La teinture de *gelsemium sempervirens,* l'*antipyrine,* l'*acétanilide,* devront être successivement essayés. Si les résultats sont négatifs, on aura recours aux *stupéfiants* et aux *narcotiques* ou mieux encore aux *injections hypodermiques.* Le chlorhydrate de *morphine,* le sulfate neutre d'*atropine,* employés isolément, ou associés l'un à l'autre, le chlorhydrate

de *cocaïne*, le *chloroforme* préconisé par M. Ernest Besnier, le *tribomure d'allyle* créé par M. le professeur de Fleury, pourront, en injections, rendre de grands services. Les pommades ou liniements à la *vératrine*, les révulsions à l'aide de pulvérisations d'*éther* amèneront dans certains cas un peu de sédation. Mais, si tous ces moyens restent infidèles, ou si, après avoir obtenu une amélioration, on voit la douleur revenir avec son acuité première, on pourra dans ce cas intervenir directement sur le nerf ou l'organe douloureux et recourir aux moyens chirurgicaux. Ces moyens sont :

La névrotomie, l'élongation du nerf, la section du cordon, la castration.

A. — Avant d'avoir recours à la névrotomie, on peut essayer de détruire le nerf en pratiquant dans le tissu qui l'entoure une injection irritante avec de l'alcool au tiers, par exemple. Les récentes communications de MM. Pitres et Vaillard ont démontré la parfaite innocuité de ces injections et leur utilité dans certains cas de névralgies rebelles à tout traitement. Mais si nous indiquons la méthode, l'impossibilité absolue où nous nous sommes trouvés de compléter notre étude par des recherches expérimentales ne nous permet pas de dire les avantages précis que l'on pourrait en tirer. Quant à la névrotomie, bien que ce soit toujours une opération grave, nous n'hésiterions pas à la conseiller alors surtout que les exemples de tous les auteurs qui l'ont employée dans certains cas, où tous les autres moyens de traitement avaient échoué, sont là pour montrer son efficacité.

B. — L'élongation artificielle du nerf se pratique en exerçant sur le nerf mis à nu, une traction plus ou moins forte suivant son volume et sa résistance. Somme toute, c'est une névrotomie partielle, incomplète. Elle a rendu quelques services dans certaines névralgies graves et pourrait être essayée dans le traitement de la névralgie testiculaire.

C. — La section du cordon spermatique pratiquée chez le malade que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Pitres, et qui fait le sujet de notre observation IV, n'a déterminé chez lui aucun soulagement. Est-ce à dire qu'on doit la rejeter? Nous penchons dans ce sens, car elle est une opération sérieuse, inutile à tenter si l'on ne doit pas compter sur une réussite certaine.

D. — Reste la castration. Les douleurs de la névralgie testiculaire sont, avons-nous dit, tellement intenses qu'elles attaquent le moral des malade, les rendent hypochondriaques et leur font souhaiter la mort. Presque tous, au bout d'un certain temps, réclament cette intervention chirurgicale. Doit-on les écouter et céder à leurs instances? Nous ne le croyons pas. En dehors de la gravité de l'opération en elle-même, nous devons tenir compte des faits cités par Cooper, dans lesquels, après la castration, on a trouvé l'organe parfaitement sain.

Nous devons surtout nous rappeler que souvent l'ablation d'un testicule a été suivie à brève échéance, de névralgie de l'autre testicule, qu'elle peut n'être, et c'est un point sur léquel nous insistons, qu'une simple manifestation névropathique; et dès lors, nous ne pensons pas que, pour satisfaire les désirs d'un malade qui n'est peut-être qu'un hystérique et, dans ce cas, peut guérir brusquement, on doive le priver de sa virilité.

CONCLUSIONS

1° La névralgie testiculaire est une affection rare, survenant chez l'adulte. Elle est idiopathique ou symptomatique.

2° Comme toutes les névralgies, elle présente des degrés d'intensité variable, suivant les cas; mais elle constitue une véritable *entité morbide* et ne doit pas être divisée, ainsi que l'a fait Curling en testicule douloureux et névralgie testiculaire proprement dite.

3° Quoique non dangereuse par elle-même, c'est une affection grave par les douleurs qu'elle provoque et l'influence morale fâcheuse qu'elle détermine chez ceux qui en sont atteints;

4° Son traitement est celui de toutes les névralgies, mais on n'oubliera pas qu'elle peut n'être qu'une manifestation hystérique. Dans les formes rebelles nous admettons la névrotomie, mais nous repoussons la castration.

Vu bon à imprimer :
Le Professeur, Président de la Thèse,
Dr ARMAND DE FLEURY.

Vu :
Le Doyen,
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 17 juillet 1888.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AUGAGNEUR et MOLLIÈRE. — *Dict. encycl. des sc. med.* (Art. *testicule*, p. 631).

BARRAS. — Obs. cit., *in* thèse doct., Sarrau.

B. BRODIE. — (*London med. Gaz.*, vol. XIII, p. 620, 1837).

CHAUSSIER. — Tableau synoptique des névralgies (Paris, 1822).

A. COOPER. — Œuvres chirurgicales complètes, trad. par Chassaignac et Richelot, (Paris, 1837).

B. CURLING. — Maladies du testicule, trad. par Gosselin (Paris 1857).

GOSSELIN et WALTHER. — *Nouveau dict. de méd. et de chir. pratique.*

GRASSET. *Traité pratique des maladies du système nerveux.*

GRAVES. — Dublin, *Journ. of. med. sc.* (vol. XII, p. 371).

LABOULBÈNE. — Névralgies viscérales (*Thèse agrég.*, Paris, 1860).

MACCULOCH. — *Essay on the marsh fever and neuralgia.*

MAURIAC. — Etude sur les névralgies réflex. sympt. de l'orchi. épid. blennorrhagique (Paris, 1870).

CL. POUTEAU. — Œuvres posthumes (Paris, 1783, t. I, p. 246).

M. RUSSELL. — *Obser. of. diseases of. the testicle.*

SAPPEY. — Anatomie.

SARRAU. — Th. doct. (Paris 1841).

TERRILLON. — De la névralgie du testicule (*Bull de la Soc. de chir.*, Paris, 1886, p. 797).

VIDAL (de Cassis). — *Traité de patho. externe* (t. V, Paris, 1861).